
Økende arbeidsstress hos fastleger fra 2010 til 2019

LEGLIVET

JUDITH ROSTA

judith.rosta@legeforeningen.no

Judith Rosta er seniorforsker ved LEFO – Legeforskningsinstituttet.

Endringer i fastlegers arbeidssituasjon gjennom de siste årene kan ha betydning for deres opplevelse av økt arbeidsstress.



Illustrasjon: Andrew Baker /
NTB

Legeforskningsinstituttet (LEFO) gjennomfører regelmessig spørreskjemaundersøkelser på et representativt utvalg yrkesaktive leger. Selvrappert arbeidsstress er blitt undersøkt med en modell der innsats på jobb måles opp mot den belønningen man mottar (*effort-reward imbalance*, ERI). Modellen måler hvordan arbeidstakere opplever en ubalanse mellom innsats på jobb (konstant tidspress, stort ansvar, avbrytelser, økende krav i jobben) og belønning man mottar (endringer i jobben, jobbsikkerhet, opplevelse av å bli respektert i faglige spørsmål, hensiktsmessig inntekt, utsikter til fremme). De som opplever høyt arbeidsstressnivå, løper en større risiko for stressrelaterte lidelser [\(1, 2\)](#).

En nylig publisert studie beskriver opplevelse av arbeidsstress for leger i ulike stillingsgrupper fra 2010 til 2016 og videre til 2019 (3). Den viser at hos fastleger gikk tre av de fire innsatsaspektene (konstant tidspress, stort ansvar, økende krav) signifikant opp, og alle aspektene ved belønning på jobben gikk signifikant ned, mens det ikke var signifikante endringer for andre grupper. For fastleger betød disse endringene en økende ubalanse mellom høy innsats og lav belønning på jobben, som resulterte i en signifikant økning i andelen leger som hadde høyt arbeidsstressnivå (innsats/belønning > 1). Andelen økte fra 10,3 % i 2010 til 27,7 % i 2016 og videre til 40,1 % i 2019. Andelen leger med høyt arbeidsstressnivå var relativt uforandret gjennom denne perioden for sykehusleger (i snitt 26 %), leger i akademiske stillinger (i snitt 15 %) og privatpraktiserende spesialister (i snitt 10 %) (3).

«Hos fastleger gikk tre av de fire innsatsaspektene (konstant tidspress, stort ansvar, økende krav) signifikant opp, og alle aspektene ved belønning på jobben gikk signifikant ned»

Strukturelle endringer i helsevesenets organisering, som alle har påvirket fastlegenes arbeidshverdag, kan trolig forklare en del av økningen i arbeidsstress: Flere konsultasjoner, voksende krav til dokumentasjon og økt arbeidsvolum på grunn av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er blitt dokumentert (4, 5). Endringer i profesjonskulturen eller rolleforståelsen, der leger nå i større grad forventes å ivareta flere forpliktelser også utenom jobb, kan også påvirke opplevd grad av arbeidsstress (6).

Høyt nivå av arbeidsstress er likevel mindre utbredt i vårt norske utvalg enn det man finner i studier fra andre europeiske land, f.eks. blant sykehusleger i Sveits i 2015–16 (65 %) og blant leger i Tyskland i 2014 (57 %). Arbeidsstress for leger i ulike stillingsgrupper viser et blandet bilde. I en britisk studie anga en høyere andel fastleger enn sykehusleger jobben sin som «ofte eller alltid stressende». I Tyskland var høyt arbeidsstressnivå nær identisk for kirurger og privatpraktiserende spesialister (inkludert allmennleger). En finsk studie fant bare en liten forskjell i selvrapportert stress mellom fastleger og sykehusleger, mens en annen finsk studie beskrev arbeidsmiljøet som mer stressende for leger i offentlig sektor enn for leger i privat sektor (3).

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø blant sysselsatte i Norge fra 2016 viser at blant ulike yrkesgrupper er det noen (sosialarbeidere, sykepleiere, politimenn) som ligger høyere i selvrapportert stressnivå enn leger (som gruppe), og noen som ligger lavere (snekkere, ingeniører, bygningsarbeidere) (7).

Legers opplevelse av arbeidsstress har betydning for folkehelsen. Høyt arbeidsstressnivå blant leger øker risikoen for egne fysiske og psykiske lidelser, noe som kan lede til at de opplever at kvaliteten på pasientbehandlingen påvirkes negativt (1, 2). Å forbedre legers arbeidssituasjon ved å redusere «innsatsfaktorene» og øke «belønningsfaktorene» kan ha positiv innflytelse både på legers egen helse og kvaliteten på pasientbehandlingen (3).

LITTERATUR

1. Siegrist J, Shackelton R, Link C et al. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Soc Sci Med* 2010; 71: 298–304. [PubMed][CrossRef]
2. Loerbroks A, Weigl M, Li J et al. Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. *BMC Public Health* 2016; 16: 342. [PubMed][CrossRef]
3. Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474. [PubMed][CrossRef]
4. Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891. [PubMed][CrossRef]
5. Normann Birkeli C, Rosta J, Aasland OG et al. Hvorfor velger leger seg bort fra allmenntidrett? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0597. [CrossRef]
6. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R et al. Den gode legen – sterk og utholdende. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1631–4. [PubMed][CrossRef]
7. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø. Innsats-belønning-ubalanse. <https://noa.stami.no/tema/psykososialtorganisasjon/innsats-belønning/> Lest 1.2.2020.

Publisert: 14. desember 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0891
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.